

# ПРОБЛЕМА СМЕРТНОСТИ ОТ МЕЗЕНТЕРИАЛЬНОГО ТРОМБОЗА СРЕДИ БОЛЬНЫХ ХИРУРГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ В РАЙОНАХ УДМУРТСКОЙ РЕСПУБЛИКИ В 2016 ГОДУ

Стяжкина С.Н.<sup>1</sup>, Вострецова И.А.<sup>2</sup>, Исхакова Э.Ф.<sup>3</sup>, Насыбуллина Л.И.<sup>4</sup>,  
Карамова Р.Р.<sup>5</sup>, Хайруллин Р.М.<sup>6</sup>

<sup>1</sup>Стяжкина Светлана Николаевна - доктор медицинских наук, профессор,  
кафедра факультетской хирургии;

<sup>2</sup>Вострецова Ирина Александровна – студент;

<sup>3</sup>Исхакова Эльмира Фаридовна – студент;

<sup>4</sup>Насыбуллина Лейсан Ильдусовна – студент;

<sup>5</sup>Карамова Регина Рустамовна – студент;

<sup>6</sup>Хайруллин Ришат Мансурович – студент,

лечебный факультет,

Ижевская государственная медицинская академия,

г. Ижевск

**Аннотация:** статья посвящена изучению смертности от мезентериального тромбоза на основе данных медицинских карт стационарных больных, умерших в отделениях хирургического профиля лечебных учреждений Удмуртской Республики за 2016 год.

**Ключевые слова:** мезентериальный тромбоз, некроз кишки, перитонит.

В настоящее время наблюдается тенденция к увеличению количества больных сердечно-сосудистыми заболеваниями, в том числе мезентериальным тромбозом. Их число неуклонно растет, и мезентериальный тромбоз все чаще становится не только причиной инвалидизации населения, но и смертности. В России смертность от сердечно-сосудистых заболеваний, в том числе и от мезентериального тромбоза, стоит на первом месте, опережая онкологию и травмы.

Цель работы заключается в изучении статистики смертности от мезентериального тромбоза и его осложнений в Удмуртии больных хирургического профиля за 2016 год и сравнении с предыдущими годами.

Материалы и методы: в работе была проведена выкопировка данных из историй болезни умерших больных хирургического профиля Удмуртской Республики за 2016 год.

Мезентериальный тромбоз – это частичное или полное прекращение кровотока в мезентериальных сосудах кишечника [1, 2]. Кровоснабжение кишечника осуществляется с помощью верхней и нижней брыжеечных артерий. При попадании в эти сосуды тромба – он закупоривает кровеносное русло частично или полностью, что приводит к нарушению кровообращения в определенных участках кишечного тракта. В дальнейшем реализуются три патогенетические стадии – ишемия, инфаркт, перитонит. В стадии ишемии полностью или практически полностью прекращается кровоток в стенке кишечника. Для стадии инфаркта характерно развитие в стенке кишки процессов деструкции, продолжающиеся до самой смерти. Кишечная стенка постепенно теряет свои защитные свойства и начинается процесс перемещения бактерий из просвета кишечной трубки, в результате процесс переходит в третью стадию – перитонит [3]. Сепсис и перитонит – причины летального исхода у большинства больных [4].

К мезентериальному тромбозу приводит закупорка кровеносного русла брыжейки тромбом в результате атеросклероза, гипертонической болезни, тромбангиите, гиперкоагуляции, полицитемии, раке, узелковом периартериите. На ранних этапах развития заболевания пациенты предъявляют жалобы на остро возникающие, сильные, нестерпимые боли в животе, связанные с приемом пищи или физической нагрузкой. Также обращают внимание на тошноту и рвоту, иногда с примесью крови. Часто отмечается жидкий стул. При объективном исследовании живот симметрично вздут, участвует в акте дыхания, мягкий и малоболезненный. При развитии инфаркта кишечника определяется симптом Кадьяна – Мондора - пальпируемое болезненное опухолевидное образование, малоподвижное, обусловленное отеком кишки и брыжейки [5]. Прогрессирование процесса приводит к появлению классической перитонеальной симптоматики. При перкуссии отмечается чередование участков тимпанита и притупления перкуторного звука в отлогих местах живота [6]. При аускультации перистальтика резко угнетена, перистальтические шумы могут полностью отсутствовать.

Исход болезни зависит от степени тяжести процесса, характера и области имеющегося поражения. При остром тромбозе процент выживаемости без оперативного вмешательства у пациентов практически равен нулю. В случае если операция была проведена на ранних стадиях – прогноз благоприятный. Если оперативное вмешательство случилось уже после начавшегося некроза толстой и тонкой кишки или перитонита, – послеоперационная летальность достигает 80%. Во многом это обусловлено тяжестью

контингента оперируемых пациентов (пожилой и старческий возраст, большое количество сопутствующих терапевтических заболеваний), поздней диагностикой с обширным некротическим поражением кишечника, тяжелыми системными расстройствами в до- и послеоперационном периодах, а также высокой частотой инфекционных послеоперационных осложнений [7].

Полученные результаты. Статистика данного заболевания такова: смертность среди неоперированных больных в случае острого мезентериального инфаркта достигает 100%; среди оперированных больных – 80-90% с летальным исходом; частота заболевания – 1 человек из 50000 в год. В Удмуртии в 2016 году процент смертности вследствие мезентериального тромбоза от общего числа всех заболеваний хирургического профиля составил 7,36%, выйдя на 5 место после онкологических заболеваний, цирроза печени, панкреонекроза и сочетанных травм. Если говорить о предыдущих годах, то цифры были иными, а именно, в 2014 году процент составлял 15,7%. Тогда тромбоз стоял на первом месте в структуре летальности среди пациентов хирургического профиля, за ним следовали сочетанная травма и цирроз печени. В 2015 году мезентериальный тромбоз также занимает первое место, за ним следуют цирроз печени и онкология. Процент летальности составил 24,2%. Следует указать, что среди всех случаев мезентериального тромбоза, 69% среди больных составляли мужчины, 31% - женщины. В возрастной структуре смертности преобладали пациенты в возрасте 61 - 70 лет – 35% всех случаев, далее возраст 81 - 90 лет – 32%, 71 - 80 лет – 25%, 51 - 60 лет – 4%, пациенты старше 91 года – 4%. Ранее 6 часов от начала заболевания было госпитализировано 37% больных, в первые 7 - 24 часа – 30%, позже 24 часов – 33% больных. В 77% случаев мезентериальный тромбоз осложнился некрозом тонкого и толстого отделов кишечника, перитонит развился в 92% случаев, инфекционно-токсический шок – в 38% случаев.

Таким образом, рост патологии связан с увеличением количества больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями, в том числе, общим атеросклерозом, старением населения, увеличением продолжительности жизни, проблемой диагностики на раннем этапе, нехваткой соответствующего оборудования и подготовленных специалистов, несвоевременным лечением пациентов с мезентериальным тромбозом и отсутствием мер профилактики.

#### **Список литературы**

1. *Савельев В.С., Спиридонов И.В., Болдин Б.В.* Острые нарушения мезентериального кровообращения. Инфаркт кишечника: Руководство по неотложной хирургии / Под ред. В.С. Савельева. М.: Триада-Х, 2005. С. 281 – 302.
2. *Лемешевский А.И.* Проблема острой мезентериальной ишемии // Белорус. мед. журн., 2008. № 3. С. 34 – 38.
3. *Козаченко А.В.* Нарушение мезентериального кровообращения как проблема неотложной практики // Медицина неотложных состояний, 2007. № 11. С. 5 – 10.
4. *Стяжкина С.Н., Ситников В.А., Кадрова С.И., Якунина Е.Ю.* Изучение структуры причин смерти при сепсисе. // Вестник науки и образования, 2016. № 4 (16). С. 67 - 69.
5. Клиническая хирургия. Справочное руководство для врачей / Под ред. Ю.М.Панцирева. М.: Медицина, 1988. 640 с.
6. *Стяжкина С.Н., Маслова Н.А., ШUTOва Е.Н.* Острая кишечная непроходимость в хирургической практике. // Международный научно-исследовательский журнал, 2015. № 11-5 (42). С. 44 - 45.
7. *Debus E.S., Müller-Hülsbeck S., Kölbl T. et al.* // Intestinal ischemia // Int. J. Colorectal. Dis., 2011. Vol. 26. № 9. P. 1087 - 1097.